

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1917

THÈSE

N° 126

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIAGNOSTIC

DES

Tuberculoses Externes

Dans l'Armée

PAR

André DUPÊCHEZ

Né à Sens le 18 septembre 1889

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR ALBERT ROBIN

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, rue Monsieur-le-Prince

PARIS (VI^e Arr^t)

1917

126

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1917

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIAGNOSTIC

DES

Tuberculoses Externes

Dans l'Armée



PAR

André DUPÊCHEZ

Né à Sens le 18 septembre 1889

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR ALBERT ROBIN

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, rue Monsieur-le-Prince

PARIS (VI^e Ar^t)

1917

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-FRÈRE

EDMOND AUJAMES.

*Capitaine de réserve au 293^e régi-
ment d'infanterie. Tué à l'ennemi
le 10 mai 1915.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CALOT

Chirurgien en chef de l'Hôpital Rothschild,
de l'Hôpital Cazin-Perrochaud, de l'Institut Orthopédique,
de l'Hôpital de l'Oise et des Départements, etc.
Chevalier de la Légion d'honneur.

*En hommage de profond attache-
ment et de grande reconnaissance.
Il m'a inspiré l'idée première de cette
thèse et a contribué dans la plus
large mesure à m'en faciliter l'exé-
cution. Ce travail n'est que le reflet
des idées pour lesquelles il bataille
sans relâche.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ALBERT ROBIN

Professeur de Clinique thérapeutique à la Faculté

Médecin de l'Hôpital Beaujon

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de ma
thèse.*

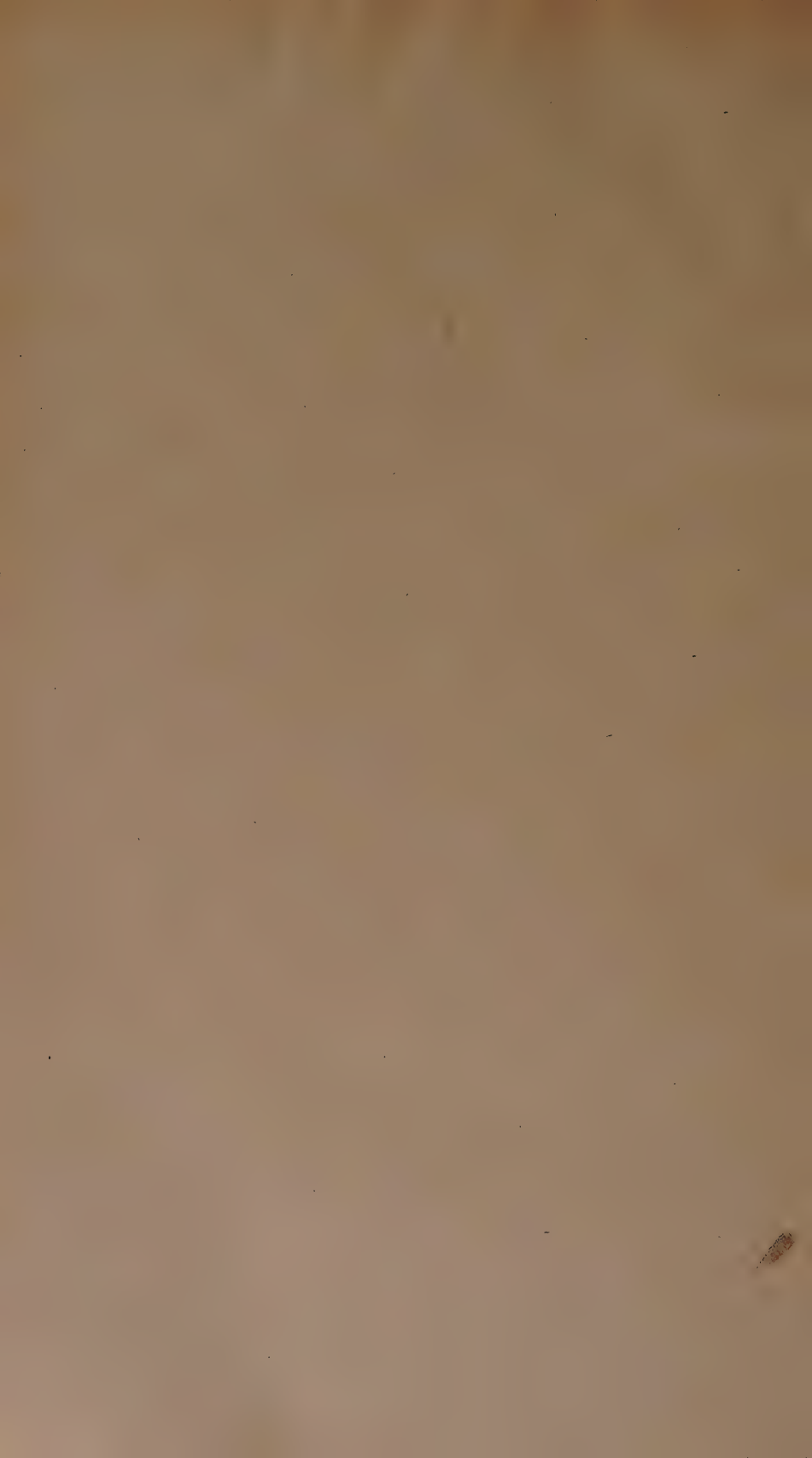
AVANT-PROPOS

Au moment de soutenir ma thèse inaugurale, il m'est agréable de remercier ici ceux qui furent mes maîtres dans les hôpitaux. Je me souviens trop qu'inconnu d'eux quand je suis devenu leur élève, j'ai trouvé à ma disposition leur science quand j'eus parfois la sagesse d'en profiter, leur appui dont j'ai souvent senti tout le prix, leur bienveillante sollicitude toujours.

Mais dans l'impossibilité de rendre à chacun ce qui lui est dû, je ne peux que leur adresser à tous l'expression profonde et sincère de ma reconnaissance.

Quant à M. le docteur Calot et à son assistant à Paris, M. le docteur Privat, je leur dois une particulière gratitude. Ce sont eux qui m'ont enseigné l'orthopédie et me l'enseignent encore. Après les avoir quittés brutalement en plein travail, à la mobilisation, j'ai toujours retrouvé auprès d'eux le même accueil au cours de mes convalescences. Je suis heureux de pouvoir leur en témoigner ici toute ma reconnaissance.

Enfin, à tous ceux qui m'ont manifesté leur sympathie, à mes amis qui ont partagé les plaisirs et les rêves de ma jeunesse, j'adresse un affectueux souvenir.



INTRODUCTION

Le sujet de ce travail ne semble pas original à première vue, mais les cas de tuberculoses externes sont tellement nombreux dans l'armée et il est si important de faire leur diagnostic précoce, que nous avons jugé faire œuvre utile en exposant cette question aussi clairement que possible.

Premièrement, ces maladies sont très fréquentes chez nos soldats, car leur résistance organique se trouve diminuée au cours d'une guerre d'aussi longue durée, soit par les fatigues, soit par des infections diverses (typhoïde, entérite, broncho-pneumonie, paludisme), soit par un traumatisme ou une blessure faisant le lit à la tuberculose.

Deuxièmement, faire le diagnostic de bonne heure est de toute nécessité, car plus vite ces maladies sont dépistées, plus sont grandes les chances de guérison permettant de rendre à l'armée ou au pays des hommes valides sans les immobiliser pendant des années dans les services hospitaliers.

C'est ce qui fait dire à Calot :

« Tous les médecins et chirurgiens aux armées ne sont pas obligés de savoir soigner les tuberculoses externes, puisqu'il y a des hôpitaux spéciaux pour cela ; mais tous sont obligés de savoir les reconnaître pour les envoyer dans ces hôpitaux, et ne plus les retenir dans les services de médecine et de chirurgie, ou de spécialités, où trop souvent et trop longtemps on les soigne pour autre chose. »

Il arrive, en effet, trop souvent, et de cela nous avons pu nous en rendre compte personnellement comme médecin de bataillon et comme médecin traitant d'un hôpital de l'intérieur, que les médecins prennent pour des simulateurs, ou soignent pendant des mois pour rhumatisme, sciatique, névralgies ou entorse, des soldats atteints de mal de Pott, de coxalgie, de tumeur blanche ou d'autres tuberculoses externes.

Ils n'ont pas su diagnostiquer ces maladies, ou n'y ont même pas pensé et ne les enverront au spécialiste qu'à l'apparition d'un abcès, d'une gibbosité ou d'une paralysie. Que de temps alors ils auront perdu, en même temps que les chances d'une guérison facile ! Ils auront commis la même faute qu'un médecin qui ne reconnaît la tuberculose pulmonaire qu'à la période des cavernes.

Et cependant, de même que la tuberculose pulmonaire peut être diagnostiquée bien avant cette période, il existe des signes sûrs pour reconnaître les tuberculoses externes avant leur période d'état.

C'est l'étude de ces signes qui va faire le sujet de ce travail. Nous y passerons en revue d'abord *les trois grandes tuberculoses du squelette* :

mal de Pott,
coxalgie,
tumeurs blanches,

puis *les autres tuberculoses des os* :

tuberculose des diaphyses,
tuberculose costale,
spina ventosa,

et enfin *les tuberculoses des tissus mous* :

adénites,
tuberculose du testicule et de l'épididyme.

Pour rendre notre exposé plus clair, nous l'avons illustré de figures originales, et nous intercalerons dans le texte de nombreuses observations que nous sommes allé prendre nous-même à Berck dans les services du docteur Calot. Nous avons choisi à dessein des cas sur lesquels avaient été portés de faux diagnostics, mais ce ne sont pas des cas isolés et rares, et nous n'avions pour les sélectionner que l'embarras du choix.

CHAPITRE PREMIER

MAL DE POTT

Ce qui est important, comme nous venons de le dire d'une façon générale, c'est de faire le diagnostic du mal de Pott de bonne heure, c'est-à-dire six mois ou un an avant le moment où on le fait d'habitude, avant l'apparition du « trépied » soi-disant symptomatique : gibbosité, abcès et paralysie.

C'est une erreur de croire que le mal de Pott est latent jusqu'à l'apparition de ces trois symptômes. Lorsqu'ils apparaissent, c'est déjà à une période avancée du mal ; et nous irons même jusqu'à dire qu'ils en sont plutôt des complications.

Il existe avant eux des signes fonctionnels qui ne peuvent échapper au médecin sachant examiner un malade, et qui sont les vrais signes initiaux du mal de Pott. Nous allons les étudier sous le nom de signes de présomption.

I. — SIGNES DE PRÉSUMPTION

Lorsque dans un os proche d'une articulation il existe un tubercule, il provoque par réflexe des contractures intermittentes des muscles voisins, se manifestant par des *douleurs* et une *attitude vicieuse*.

A. Douleurs :

Le soldat se plaint d'abord de douleurs névralgiques, parfois atroces, et d'autant plus pénibles qu'il est avancé en âge, mais le plus souvent intermittentes, cessant par le repos et réveillées par la fatigue.

Ces douleurs peuvent être localisées au dos, mais le plus souvent elles irradiant vers les parties voisines (tête, cou, poitrine, bras, ventre, jambes) et peuvent prêter à confusion.

Le mal de Pott cervico-dorsal est pris parfois pour un rhumatisme du cou ou de l'épaule, ou un torticolis à frigore. Au niveau du thorax on peut croire à une névralgie intercostale. Lorsque les douleurs siègent au niveau des derniers espaces intercostaux, on les attribue au rein ou au foie, et on les prend pour des coliques néphrétiques ou hépatiques. Elles prennent parfois l'aspect d'une névralgie sciatique et on les met alors sur le compte soit d'une névralgie, soit du tabès.

Le diagnostic de ces pseudo-névralgies pottiques doit se fonder : sur leur persistance et leur accroissement, sur leur aggravation par la marche et la station debout, leur apaisement par le repos horizontal et leur bilatéralité.

B. Attitude mauvaise :

L'attitude vicieuse du malade est une autre manifestation de la contracture musculaire. Elle peut varier de la simple raideur du dos à la contorsion du tronc, et peut même se manifester par de la claudication comme dans la coxalgie, mais tantôt d'une jambe, tantôt de l'autre.

Voilà les vrais signes initiaux du mal de Pott. Aussi, lorsqu'un soldat se présente avec l'un de ces symptômes : *douleurs réveillées par la fatigue et cessant par le repos, attitude vicieuse et raideur du dos*, ou avec les deux, et surtout avec de *mauvais antécédents* (tels que cicatrices d'abcès froids ou d'adénite, convalescence d'une maladie débilitante), il faut penser à la possibilité du mal de Pott et le rechercher avant de dire « rhumatisme, névralgie, lumbago », et de renvoyer l'homme à sa section après une vague friction.

Ces signes (douleurs et attitude vicieuse), nous le répétons, ne sont que des signes de présomption, et ils ne peuvent suffire à faire un diagnostic de tuberculose vertébrale ; mais les ayant constatés, il faut maintenant vérifier ce que vaut notre hypothèse en cherchant les signes de certitude.

II. — SIGNES DE CERTITUDE

Il y en a deux essentiels qui ne feront jamais défaut au médecin qui y pensera et qui saura les rechercher. Ce sont :

la douleur provoquée

et la limitation des mouvements du rachis.

A. Douleur provoquée :

Cette douleur que l'on trouve au niveau de la ou des vertèbres malades, que l'on ne trouve que là et qui manque presque toujours au niveau de toutes les autres, doit être recherchée de deux façons :

par la pression

et par la succussion.

A. — PRESSION :

Cette pression peut elle-même aborder les vertèbres par leur face dorsale ou par leur face ventrale.

a) *La pression par la face dorsale*, qui permet d'explorer la colonne d'un bout à l'autre, doit être exercée méthodiquement au niveau de chaque vertèbre, en appuyant avec le doigt sur les apophyses épineuses, sur les lames et sur les apophyses transverses. Mais pour provoquer une douleur, dans tous les cas de tuberculose vertébrale, cette pression doit être assez forte, faute de quoi ce signe peut passer inaperçu.

De plus, on peut atteindre les apophyses transverses des vertèbres cervicales par une pression sur la face latérale du cou, en tenant compte de ce fait que ces apophyses se trouvent à peu près sur une verticale abaissée du conduit auditif externe. Il suffit donc d'enfoncer le doigt sur cette ligne en arrière du sterno-cleïdo-mastoïdien, pour provoquer une douleur en pressant l'apophyse transverse de la vertèbre malade.

b) *Pression sur la face antérieure des corps vertébraux.* — En explorant la face postérieure du pharynx au

moyen de l'index introduit dans la bouche droit devant soi (fig. 1), on touche la face antérieure de l'axis, Au-



(Fig. 1) : L'index introduit dans l'arrière-bouche peut toucher les faces antérieures des 4 premières vertèbres cervicales.

dessous, le doigt peut atteindre les 3^e et 4^e cervicales, et au-dessus en relevant le voile du palais, il touche l'atlas et même l'apophyse basilaire de l'occipital.

De même, par la *palpation abdominale* (fig. 2), après s'être assuré le relâchement des muscles de la paroi, on

peut atteindre et presser les faces antérieures des corps vertébraux des quatre dernières lombaires et de la 1^{re}



(Fig. 2) Par la *palpation abdominale* on peut atteindre les corps des 4 dernières vertèbres lombaires et de la 1^{re} sacrée.

sacrée, en se rappelant qu'un plan horizontal passant par l'ombilic coupe la colonne vertébrale entre la 3^e et la 4^e lombaire, et que la 5^e lombaire correspond au promontoire.

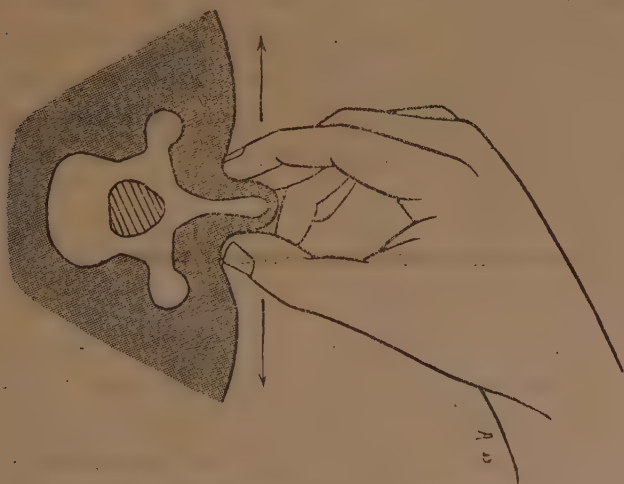
Enfin, le *toucher rectal* permet d'atteindre la face antérieure du sacrum jusqu'à la 2^e section sacrée (fig. 3).

B. — SUCCUSSION (fig. 4).

Pour effectuer la succussion, il faut, méthodiquement, vertèbre par vertèbre, comme pour la pression, pincer entre le pouce et l'index l'apophyse épineuse, après avoir



(Fig. 3) Le toucher rectal permet d'atteindre le sacrum jusqu'à la 2^e vertèbre sacrée.



(Fig. 4) La succussion consiste à pincer l'apophyse épineuse entre le pouce et l'index, après avoir déprimé les tissus mous des gouttières vertébrales et l'animer latéralement de mouvements alternatifs répétés.

déprimé les tissus mous des gouttières vertébrales, et l'animer latéralement de mouvements alternatifs répétés.

S'il y a ostéite d'une ou de plusieurs vertèbres, et même si la pression n'avait pas été suffisante pour réveiller la douleur locale, la succussion la réveillera. La douleur à la succussion, nette et localisée, est un signe caractéristique du mal de Pott ; ce qui permet à Calot de dire :

« S'il y a mal de Pott on peut toujours provoquer une douleur au niveau de la ou des vertèbres malades. S'il n'y a pas cette douleur quoiqu'on l'ait bien cherchée, il n'y a pas mal de Pott. »

Remarquons que la succussion est inutilisable au niveau des 3^e et 4^e vertèbres cervicales trop en retrait, et des vertèbres sacrées par suite de leur soudure, mais nous avons vu plus haut que justement ces vertèbres sont abordables par leur face antérieure.

B. Limitation des mouvements du rachis :

Cette limitation est due à une raideur anormale dans le tronçon malade, liée à la contracture des masses musculaires des gouttières.

Les mouvements du rachis doivent être examinés un à un, et en particulier la flexion et l'extension.

Pour la flexion, il suffit de commander au malade de ramasser un objet situé sur le sol ; pour se baisser, il

fléchit les genoux au lieu de courber le dos (fig. 5), et pour se relever il prend avec le bras libre un point d'appui sur la cuisse (fig. 6).

Pour l'extension, le malade étant couché à plat ventre,



(Fig. 5-6) Limitation des mouvements du rachis : On commande au malade de ramasser un objet situé sur le sol.

(Figure 5) Pour se baisser, il fléchit les genoux au lieu de courber le dos.

(Figure 6) Pour se relever, il prend avec le bras libre un point d'appui sur la cuisse.

il suffit de lui relever les jambes et le bassin pour mettre sa colonne en hyperextension ; si elle est saine, elle prend

une courbure régulière (fig. 7) ; mais si elle est atteinte, elle prend la forme d'une ligne brisée, car le segment contracturé reste rectiligne (fig. 8).

Lorsque ces deux signes existent : douleur provoquée et limitation des mouvements, on peut affirmer une ostéite vertébrale, 99 fois sur 100 tuberculeuses, bien avant l'apparition des trois grands signes classiques que nous allons étudier maintenant, et en présence desquels, au cas où on aurait laissé passer cette première période, il serait inexcusable de méconnaître le mal.

III. — SIGNES DE LA 2^e PÉRIODE

Nous passerons plus rapidement sur la description de ces trois symptômes :

gibbosité,

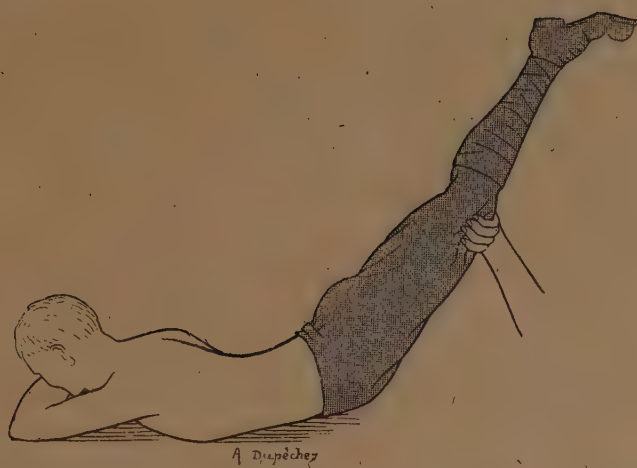
abcès

et paralysie,

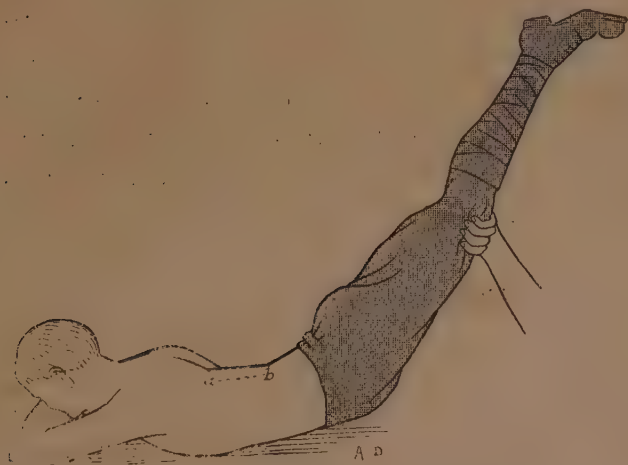
nous étendant plutôt sur leur diagnostic différentiel, car ils sont décrits tout au long dans tous les traités d'orthopédie et de pathologie externe, et que nous les considérons plutôt comme des complications que comme des symptômes.

A. Gibbosité :

Chez l'adulte, et c'est le cas qui nous intéresse, les lésions évoluant le plus souvent sous la forme de foyers superficiels ne compromettant pas gravement la solidité de la colonne vertébrale, la gibbosité est souvent absente.



(Fig. 7) Le malade étant couché à plat ventre, on lui relève les jambes et le bassin pour mettre sa colonne en hyperextension. Si elle est saine, elle prend une courbure régulière



(Fig. 8) Si elle est atteinte, elle prend la forme d'une ligne brisée car le segment *a b* contracturé reste rectiligne.

Quand elle existe, voici quels sont ses caractères : *elle est médiane, angulaire et douloureuse à la pression et à la succussion*, tandis qu'une succussion de force égale sur les vertèbres voisines reste indolore. Quelquefois peu visible, elle est alors plus appréciable au doigt en suivant l'épine dorsale.

Ces caractères suffisent pour la différencier :

des *saillies normales* de la 7° cervicale et parfois de la 10° dorsale.

de la *scoliose* qui donne parfois un nœud médian (on a vu cependant des maux de Pott à formes scoliotiques)

du *dos rond* ; cependant, le mal de Pott intéressant plusieurs vertèbres peut parfois donner une gibbosité courbe au lieu d'une gibbosité angulaire.

des *gibbosités traumatiques*, suites de blessure de guerre par exemple ; mais dans ce cas, l'interrogatoire du malade nous apprendra que la déformation a suivi immédiatement le traumatisme. Notons toutefois que ces ostéites peuvent secondairement devenir tuberculeuses.

Dans tous les cas, la douleur à la succussion tranchera le diagnostic.

B. **Abcès :**

« Les caractères de l'abcès ossifluent, nous dit Lannelongue, sont ceux d'une collection liquide non douloureuse. » Il se présente sous la forme d'une tumeur fluctuante, indolente, venant soulever la peau, soit dans une région voisine de la colonne vertébrale (dos, bouche, cou),

soit dans une région éloignée (fosse iliaque, racine de la cuisse).

En présence d'un abcès semblable, dont on a pu d'ailleurs préciser la nature par une ponction exploratrice, il faut penser au mal de Pott, examiner le dos et rechercher la douleur localisée à la pression et à la succussion.

C'est grâce à ce symptôme capital qu'on ne confondra pas un abcès par congestion siégeant dans la fosse iliaque avec une péritonite tuberculeuse enkystée, un abcès d'appendicite refroidie ou une hernie ; ou un abcès d'origine vertébrale siégeant derrière le pharynx, avec une adénite rétropharyngienne.

Mais ce symptôme nous est surtout précieux pour *ne pas confondre une adénite cervicale avec un abcès ossifluent venant des vertèbres*. En effet, si dans ce cas l'erreur de diagnostic est rachetée par un bon traitement, il n'y a que demi-mal (les ponctions et injections guérissant également les adénites et les abcès pottiques). Mais si le médecin, croyant avoir à faire à une adénite suppurée, incise et gratte, il commet une faute irréparable, car : « Ouvrir les tuberculeuses, c'est ouvrir une porte à la mort » (Calot).

C. Paralyse :

Ordinairement, la paralysie ne vient que tardivement après la gibbosité. Il est rare que cette paraplégie survienne brusquement ; en général, elle s'annonce par les symptômes suivants : le soldat marche difficilement, il

se fatigue vite, ressent des crâmpes et des engourdissements dans les jambes, a de la peine à courir et tombe souvent car ses jambes se dérobent sous lui. Ces phénomènes s'accompagnent habituellement d'exagération des réflexes.

On pourrait confondre les paralysies du mal de Pott avec les myélites syphilitiques ou par intoxication, ou avec la paralysie de la méningite cérébro-spinale. Mais en plus des symptômes propres à chacune de ces affections, c'est encore l'examen du dos et la succussion qui trancheront le diagnostic.

IV. — DIAGNOSTIC DE LA SIMULATION

Nous donnons à cette question la valeur d'un paragraphe, car elle est très importante au point de vue militaire. *S'il importe en effet de ne pas méconnaître un mal de Pott ou une autre tuberculose externe, il importe tout autant de ne pas reconnaître malade un soldat malin qui, ayant vu un camarade « reconnu » pour de vagues douleurs sans lésions visibles, serait tenté de se servir des mêmes symptômes subjectifs pour se faire évacuer.*

Il est facile dans ce cas de dépister le simulateur par l'examen méthodique de la colonne et en particulier par la succussion : s'il y a mal de Pott on provoque toujours une douleur au niveau de la ou des vertèbres malades ; si on ne trouve pas cette douleur quoique l'ayant bien cherchée, il n'y a pas mal de Pott.

Mais notre soldat peut davantage nous induire en

erreur si, après s'être mieux renseigné auprès de son camarade « reconnu », il nous accuse une douleur localisée. Même dans ce cas, il est encore facile de faire un diagnostic exact : il suffit de répéter un grand nombre de fois l'exploration de la colonne, après avoir repéré mentalement le segment où il accuse la douleur ; il arrivera fatalement à se tromper de vertèbre. On peut également varier la vigueur de la pression en la faisant forte dans les parties voisines et très faible sur la vertèbre suspecte ; s'il accuse quand même une douleur en ce point, cela suffit pour le mettre en défaut.

De même, en recherchant la limitation des mouvements du rachis plusieurs fois de suite, il sera tantôt trop souple et tantôt trop raide.

Donc, aussi intelligent et malin que soit notre soldat, nous devons fatalement arriver à éventer son truc.

Pour les autres tuberculoses externes, le procédé est le même, et nous ne le répéterons pas dans les chapitres suivants.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Communiquée par M. le Dr Calot)

P. P., 22 ans, caporal.

Excellente santé jusqu'à 16 ans. A ce moment (1910), grippe infectieuse. Malade pendant 6 semaines avec fièvre. Nouvelle grippe en 1911, avec évolution consécutive de tuberculose pulmonaire. En traitement dans un sanatorium « pour la poitrine » pendant un an ; il sort guéri en 1912.

L'année suivante (1913), après une partie de campagne, apparition de légers maux de reins ; ou plutôt douleurs dans toute la région lombaire et lassitude dans les épaules, surtout après être resté longtemps assis ou courbé, mais se dissipant après quelques mouvements.

Ensuite, douleurs plus vives par périodes de 8 à 10 jours. Un pharmacien lui dit que « ce doit être du *rhumatisme* » et lui conseille de porter une ceinture de flanelle, ce qui procure un réel soulagement lorsqu'elle est bien serrée.

Sur ces entrefaites, il est pris pour le service militaire. Au régiment il fait son service, mais en éprouvant ces mêmes symptômes et ces mêmes douleurs, qui deviennent de plus en plus accusées avec des périodes de calme plus rares et plus courtes. Et une année se passe ainsi jusqu'à ce qu'un beau jour il constate l'apparition d'une grosseur du volume d'un

gros œuf dans l'aîne droite. Il va la montrer au major qui croit à un *bubon*.

Quinze jours après, un autre médecin reconnaît un *abcès froid* et enfin un troisième pense que celui-ci peut venir du dos et y regarde. Il voit une saillie anormale de 1 centimètre à peine de 3 apophyses épineuses de la colonne lombaire. *Quinze mois s'étaient passés depuis les tout premiers signes du mal de Pott.*

OBSERVATION II

(Communiquée par M. le Dr Calot)

Joseph B..., 32 ans, artilleur grand et fort. En mars 1912, grippe infectieuse et broncho-pneumonie.

Le premier symptôme de la maladie date de juillet 1913. Il fut réveillé la nuit par une douleur à la colonne vertébrale à la hauteur des omoplates. Cette douleur était profonde et continue. Il avait la sensation d'écrasement, de broiement, que pourrait donner la présence d'un corps dur sous la colonne vertébrale. La douleur reparut au bout de quelques jours. Elle ne se produisait que la nuit et durait au plus une heure. Au bout de trois semaines, apparurent par accès des douleurs aiguës, le long des côtes, en ceinture. Elles se produisaient à la fin du jour. Peu à peu les douleurs de la colonne, puis les douleurs en ceinture disparurent au bout de 2 à 3 mois, et par suite du repos.

Pendant cette première période il eut la sensation de très légers fourmillements à la plante des pieds puis le long des jambes. Il constata aussi que lorsqu'il fermait les yeux, étant dans une attitude courbée, par exemple en procédant à sa toilette, il se produisait une oscillation qui, au bout d'un certain temps, le forçait à chercher un point d'appui.

Fin octobre 1913, apparurent de très faibles « vibrations nerveuses », analogues à celles que produit un courant électrique. Elles étaient provoquées par un mouvement brusque du corps, un faux pas, etc.... Lorsqu'il éternuait ou qu'il se mouchait, des irradiations nerveuses partaient de la colonne et descendaient dans les jambes. Peu à peu il constatait que celles-ci devenaient lourdes, et bientôt qu'il ne pouvait plus ni sauter ni courir.

Une série de bains sulfureux conseillés par les médecins ne donna aucun résultat.

En décembre 1913, c'est-à-dire plus de 6 mois après les premiers symptômes, il pouvait encore faire, quoique avec difficulté, d'assez longues marches.

En 1914, survint de la *paralysie des jambes*. Elle fut attribuée par 5 médecins neurologistes à toute espèce de causes, sans qu'aucun des 5 ait jamais pensé à la possibilité d'un *mal de Pott*.

Ce n'est qu'un an après (mars 1915) qu'il est venu nous consulter. Nous portons le diagnostic de *mal de Pott* parce que nous avons constaté, au niveau des 5^e et 6^e vertèbres dorsales une douleur très nette à la pression et à la succussion des apophyses épineuses, tandis que la même pression exercée sur les nœuds des vertèbres voisines était tout à fait indolore.

OBSERVATION III

(ORIGINALE).

Mal de Pott avec douleur irradiée dans la jambe droite, soigné pendant 7 mois par 2 médecins pour sciatique.

Maurice J..., 22 ans, fusiller marin.

Souffrant depuis quelque temps de douleurs dans les reins et dans la jambe droite, il est reconnu malade le 28 avril 1915

à Nieuport pour *sciaticque droite*. Traitement : repos au lit, pointes de feu.

Evacué à Calais au début de mai. Traitement : injection d'alcool dans la région fessière droite, frictions avec une pommade salicylée, pointes de feu, salicylate de soude en potion. Au cours du traitement, le médecin découvre une légère *déviatiou spondylitique* pour laquelle il évacue J... à Berck.

Il y arrive le 30 octobre, et on découvre en examinant méthodiquement la colonne, que la pression et la succussion sont douloureuses au niveau de la colonne lombaire, avec un maximum au niveau de la 3^e vertèbre. Pas de gibbosité. On diagnostique un *Mal de Pott au niveau de la 3^e vertèbre lombaire*. Un corset plâtré est appliqué, puis un second le 27 février 1916, qu'on enlève le 23 mai. J... ne souffre plus et les douleurs à la pression elles-mêmes ont disparu.

Il est sorti le 3 août 1916 avec un congé de convalescence de 2 mois.

OBSERVATION IV

(ORIGINALE).

Mal de Pott dorsal soigné pendant 8 mois dans 5 hôpitaux pour des « douleurs cervico-dorsales ».

Henri R., 20 ans, train des équipages.

Vers l'âge de 14 ans, il dit être tombé d'une assez grande hauteur sur la tête. Depuis cette époque, il ressent de légères douleurs dans le dos, par intervalles irréguliers. Vient habiter Berck en 1913 pour mauvais état général et adénite cervicale et est réformé en 1915 pour cette raison.

Repris service auxiliaire en juin 1916.

En août 1916, ces douleurs augmentant d'intensité et de

fréquence, il est évacué le 6 septembre pour *douleurs cervico-dorsales* et dirigé sur un dépôt d'éclopés, puis sur un hôpital à Pont-Sainte-Maxence. Traitement : pointes de feu, huile de foie de morue.

Obtient une convalescence de 1 mois le 2 janvier 1917.

Hospitalisé de nouveau à Troyes et évacué à Avallon ; traitement : huile de foie de morue. Dirigé le 31 mars sur Albi ; traitement : cacodylate de soude, sirop iodotannique.

Il arrive enfin à Berck le 22 avril. On trouve la succussion douloureuse au niveau des 3^e et 4^e vertèbres dorsales, sans abcès ni gibbosité. C'est donc un *mal de Pott au niveau des 3^e et 4^e vertèbres dorsales*.

OBSERVATION V

(ORIGINALE).

Mal de Pott dorso-lombaire, soigné pendant 7 mois par 3 médecins, pour une appendicite.

René L., 33 ans, fantassin.

A l'âge de 19 ans, tuberculose pulmonaire gauche soignée en Suisse. En 1902, soigné pour ostéite fistuleuse du sacrum. En 1906, soigné pour Mal de Pott lombaire.

Engagé volontaire pour la durée de la guerre, le 9 septembre 1914, il part au front le 25 septembre et est contusionné le 8 janvier 1916, par un éclat d'obus, en Argonne. Les jours suivants, il ressent une douleur continue dans la région lombaire, une douleur de plus en plus violente dans la fosse iliaque droite et de la gêne de la marche.

On l'évacue alors le 18 février pour *crise appendiculaire*. Traitement : diète, compresses chaudes.

Le 3 mars, on le dirige sur le Creusot. Traitement : glace sur le ventre, teinture d'iode sur les lombes ; *on parle même de*

Opérer. Les douleurs lombaires augmentent et irradient dans les jambes. On lui donne 1 mois de convalescence le 22 mai. Il marche avec des béquilles et entre le 22 juin au dépôt de convalescents de Poitiers, impotent.

Jusque-là, personne n'a pensé au Mal de Pott, malgré les antécédents et les troubles du côté des jambes.

De nouveau hospitalisé en juillet, on diagnostique enfin un *Mal de Pott lombaire*. Après être passé dans plusieurs autres hôpitaux, il réussit enfin à se faire envoyer à Berck, où l'on diagnostique par la succussion méthodique, un *Mal de Pott dorsal* (4^e et 5^e vertèbres) et *lombaire* (3^e et 4^e) avec *abcès par congestion de la fosse iliaque droite*.

OBSERVATION VI

(ORIGINALE).

Mal de Pott avec abcès ossifluent, pris par deux médecins pour une hernie crurale pendant 5 mois.

Cyrille B., 22 ans, chasseur à pied.

Rien à signaler dans les antécédents. Mobilisé le 2 août 1914.

En avril 1915, il commence à sentir des douleurs dans les reins et dans le bas ventre qui vont en s'exagérant progressivement, en même temps qu'apparaît dans l'aîne gauche une petite grosseur. Il se fait porter malade plusieurs fois et est exempté de service pour *pointe de hernie*.

Le 28 juillet 1915, on l'évacue sur l'ambulance divisionnaire avec le diagnostic de *hernie crurale*, car la tuméfaction de l'aîne avait augmenté de volume.

Il reste quelque temps à l'ambulance et est évacué le 8 septembre sur un hôpital de Paris en vue de cure radiale. Là on fait le diagnostic d'*abcès froid* et on en retire par

ponction 1/2 litre de pus. Mais on ne pense même pas à en rechercher l'origine.

Envoyé, fin septembre, dans un dépôt de convalescents, il est dirigé ensuite, le 28 octobre, sur une formation sanitaire d'Issy-les-Moulineaux où l'on fait enfin le diagnostic de *Mal de Pott lombaire*. Traitement : 2 ponctions mais pas de corset.

Réformé n° 2 le 28 décembre 1915, il arrivait à Berck le 21 mars 1916 et le diagnostic de mal de Pott était confirmé. Il porte encore actuellement un corset plâtré, mais toute trace d'abcès a disparu.

OBSERVATION VII

(ORIGINALE).

Mal de Pott dorso-lombaire soigné pendant 1 ans par 4 médecins pour une pyélonéphrite.

Alphonse H..., 28 ans, fantassin.

Mobilisé le 2 août 1914.

En décembre 1914, il commence à ressentir, quand il est fatigué, des douleurs lombaires du côté droit s'irradiant dans la région inguinale et le long du cordon du même côté ; douleurs se calmant par le repos.

En mai 1915, les douleurs devenant plus vives, il obtient un peu de repos. En septembre, il entre à l'infirmerie, et pendant le séjour qu'il y fait, se déclare un abcès de l'amygdale avec plaques suspectes. Evacué sur Bordeaux pour accidents spécifiques, on lui fait des injections de sels mercuriels, et il y séjourne jusqu'en janvier 1916.

Il rejoint son dépôt le 3 février, souffrant toujours de la région lombaire droite, et entre à l'hôpital mixte d'Alençon

pour violentes *douleurs néphrétiques*. Traitement : frictions, aspirine, repos, régime.

Il obtient un mois de convalescence le 9 avril et est de nouveau hospitalisé à Alençon le 18 mai 1916, pour *lithiase rénale*. Pendant ce séjour à l'hôpital apparaît une tuméfaction dans la région lombaire droite, et le 7 juillet il subit la décapsulation du rein droit et le 22 du même mois la *néphrectomie*.

Envoyé au centre de réforme le 2-novembre, il rentre à l'hôpital le 5 décembre pour *tuméfaction lombaire gauche consécutive à une pyélonéphrite*. Comme on ne peut enlever le second rein, on incise l'abcès et on le draine !

C'est avec deux trajets fistuleux, droit et gauche, que H... arrive à Berck le 25 avril 1917. Jamais personne n'avait pensé au Mal de Pott, et cependant on trouve au niveau de la 12^e vertèbre dorsale et de la 1^{re} lombaire, une petite gibbosité douloureuse à la pression. C'est donc un *Mal de Pott dorso-lombaire* qu'on aurait dû diagnostiquer 1 an plus tôt, et dont le pronostic est assombri par la présence des 2 fistules.

OBSERVATION VIII

(ORIGINALE).

Mal de Pott à forme scottotique pris pour une maladie de la hanche ?

Henri D..., 23 ans, infirmier.

Vers l'âge de 14 ans, ayant ressenti des douleurs au niveau des premières vertèbres dorsales, il suspend son travail, et les douleurs cessent au bout d'un an, pour cependant revenir de temps en temps après de grandes fatigues.

Réformé à 20 ans, pour *déformation de la hanche*, il est versé dans l'auxiliaire en décembre 1914 pour le même motif.

Mobilisé à Dunkerque en mars 1915, comme infirmier, il assure son service. Au bout de quelque temps, la fatigue fait reparaître la douleur, et il se présente à la visite, mais *n'est pas reconnu malade*.

En juillet 1915, il est envoyé à Berck comme infirmier, et le travail modéré lui permet au début d'assurer son service. Mais en décembre 1916, ses douleurs le reprennent et il passe la visite : on constata alors une *scoliose* à concavité supérieure gauche, avec une courbure lombaire de compensation. Mais, de plus, la succussion méthodique dévoile un *Mal de Pott* au niveau des 3^e et 4^e vertèbres dorsales, ce que confirme la radiographie.

D... est hospitalisé le 5 janvier 1917 et depuis il porte un corset plâtré avec compressions sur les vertèbres malades et sur la gibbosité.

CHAPITRE II

COXALGIE

De même que pour le mal de Pott, nous nous étendrons à dessein sur le diagnostic de la coxalgie au début, à la période soi-disant « latente ». Car c'est à cette période, où les symptômes sont très atténués, que le diagnostic est le plus difficile à faire, et car c'est à cette période que, étant traitée, la coxalgie aura le plus de chance d'avorter ou de guérir dans un bref délai.

Mais aussi difficile que semble ce diagnostic, il est possible de dépister la coxalgie si on pense à la rechercher lorsqu'on se trouve en présence des symptômes suivants que nous allons étudier sous le nom de signes de présomption.

I. — SIGNES DE PRÉSUMPTION

Comme nous l'avons déjà dit pour le mal de Pott, un tubercule installé dans une articulation produit une contracture des muscles voisins qui se traduit par de la

douleur, des attitudes vicieuses et des troubles fonctionnels.

Le soldat qui vient à la visite se plaint que la marche lui est pénible parce qu'il souffre de la hanche ou du genou (une douleur du genou est quelquefois le premier signe d'une coxalgie) ; ou bien il marche mal et boitille ; pendant les marches il fatigue vite et reste en arrière de la compagnie ; il ne peut plus courir ou sauter, etc...

Mais ces symptômes fonctionnels sont quelquefois très vagues et, de plus, ils sont intermittents ; aussi le médecin a-t-il tendance à renvoyer ce militaire après un traitement anodin, quelques jours de repos, ou même en l'invitant à ne pas recommencer.

D'ailleurs, douleurs et boiteries peuvent se passer après un peu de repos, puis revenir et se passer de nouveau. Elles peuvent aussi devenir continues, mais on pense alors au rhumatisme ou à la sciatique. Et pourtant cet homme peut avoir une coxalgie, qui ne se révélera à ce médecin trop pressé que dans 6 mois ou un an, et on aura alors perdu toute chance de guérison rapide.

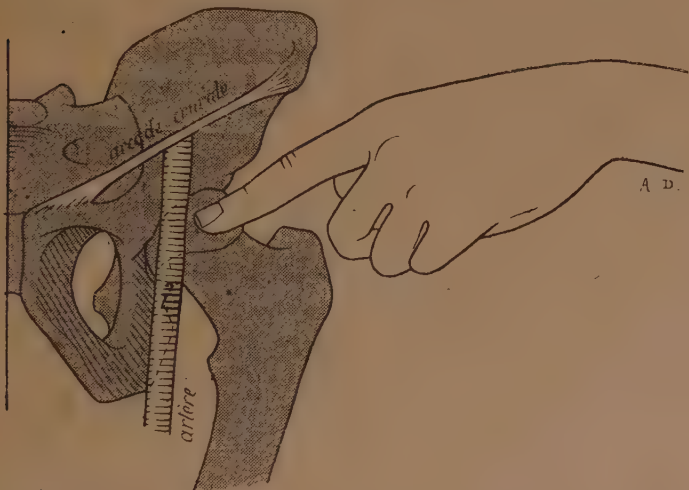
Pour éviter cette erreur, il aurait suffi au médecin de penser à la coxalgie, en présence des symptômes que lui accusait le soldat, et y ayant pensé de ne pas le renvoyer sans l'avoir examiné nu sur une table pour rechercher les signes permettant de trancher le diagnostic, c'est-à-dire d'affirmer qu'il y a quelque chose à la hanche. Nous allons les étudier en indiquant la façon de les rechercher.

II. — SIGNES DE CERTITUDE D'UNE ARTHRITE DE LA HANCHE

Ce sont : une douleur à la pression de la tête fémorale et la limitation des mouvements.

A) Douleur à la pression de la tête fémorale :

Le soldat étant examiné nu, sur une table, on élimine d'abord l'hypothèse de lésion du genou, du pied ou du



(Fig. 9) : Douleur à la pression de la tête fémorale : Il suffit d'appuyer, avec la pulpe de l'index, au pli de l'aîne, à 1 centimètre en dehors de l'artère fémorale qu'on sent battre.

rachis (pouvant expliquer la boiterie) par une pression méthodique sur les extrémités articulaires correspon-

dantes. L'examen étant négatif, on est réduit à chercher du côté de la hanche.

Pour provoquer la douleur à la pression de la tête fémorale, il suffit d'appuyer avec la pulpe de l'index au pli de l'aîne de la hanche suspecte, à 1 centimètre en dehors de l'artère fémorale qu'on sent battre (fig. 9). On appuie d'abord doucement, puis progressivement de plus en plus fort jusqu'à ce que le malade pousse un cri ou réagisse. Mais on ne doit considérer cela comme un signe positif que si une pression égale sur l'autre hanche ne donne pas de réaction ou une réaction moins intense.

B) Limitation des mouvements (*surtout de l'abduction*) :

Pour rechercher la limitation des mouvements de la hanche, il faut d'abord fixer le bassin d'une main ; puis la jambe étant repliée sur la cuisse, saisir le membre par le genou et lui faire exécuter les différents mouvements jusqu'à leur limite extrême de possibilité, en comparant avec l'amplitude des mêmes mouvements exécutés par l'autre membre.

La limitation même d'un seul mouvement, et la douleur à la pression de la tête fémorale, sont les vrais signes de l'arthrite de la hanche. Mais il nous faut étudier maintenant les signes qui peuvent nous permettre d'affirmer que cette arthrite est une coxalgie, c'est-à-dire qu'elle est d'origine tuberculeuse.

III. — SIGNES DE CERTITUDE DE LA NATURE TUBERCULEUSE DE L'ARTHRITE

Ces signes sont nombreux, mais *le plus important c'est*

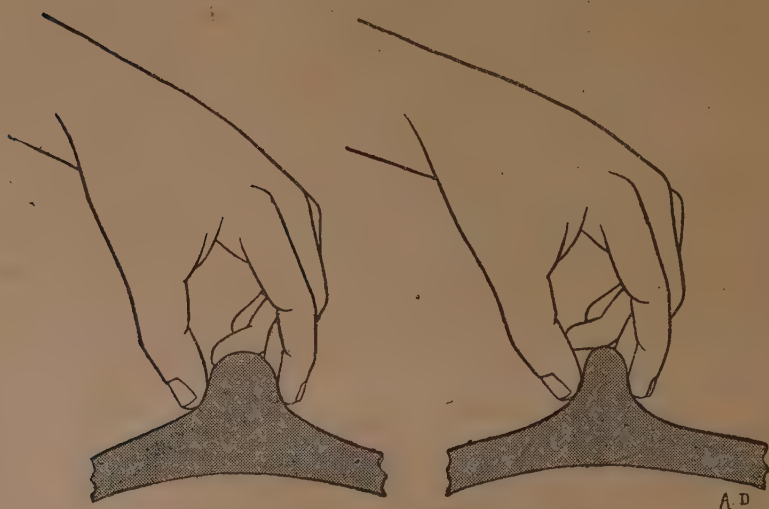


(Fig. 11) *Allongement apparent* : Rapprocher les 2 talons sans s'occuper de la position des épines iliaques. La jambe droite (côté malade) paraît plus longue de « a », car le membre est en abduction (angle A plus petit que angle B).

l'allongement apparent de la jambe malade, qui est le signe pathognomonique de la coxalgie au début.

A) Allongement apparent de la jambe :

Pour le rechercher, il suffit de rapprocher les deux talons sans s'occuper de la position des épines iliaques et de regarder si les malléoles internes se trouvent en regard l'une de l'autre (fig. 11). Si le membre malade paraît plus long de quelques millimètres, on peut affirmer la coxalgie au début, la jambe malade paraissant plus longue parce qu'elle est en abduction ; mais cela n'est vrai qu'au début, car plus tard, étant en adduction, elle



(Fig. 12-13) : *Epaississement de la peau :*

(Fig. 12) : Côté suspect, (Fig. 13) : Côté sain.

paraîtra plus courte ou même sera réellement plus courte par suite de la destruction des extrémités articulaires.

Ce signe pathognomonique peut faire parfois défaut, mais alors les symptômes suivants permettent de penser à la nature tuberculeuse de l'arthrite. Ce sont :

B) **L'atrophie des muscles de la cuisse** que l'on peut apprécier à la vue et au toucher, et qui existe dès le début de l'affection. En même temps on peut constater un *épaississement de la peau* : le pli cutané que l'on soulève en pinçant la peau entre le pouce et l'index est plus épais du côté suspect (fig. 12) que du côté sain (fig. 13).

C) **L'existence de petits ganglions inguinaux du côté malade.**

D) **L'état général ou les antécédents mauvais** du soldat : cicatrices d'adénites ou d'abcès froids, existence d'autres localisations tuberculeuses, débilité, convalescence d'une maladie infectieuse, mauvais antécédents héréditaires.

Enfin, dans les cas où le diagnostic ne peut être fait de façon précise, il faut le réserver et ne renvoyer le militaire suspect qu'avec l'idée de le revoir quelque temps après. Si alors on retrouve les mêmes douleurs à la pression et la même limitation des mouvements, on peut affirmer l'existence d'une coxalgie.

IV. — SIGNES DE LA 2^e PÉRIODE

A cette période le diagnostic de la coxalgie n'offre aucune difficulté pour le médecin qui sait regarder et pal-

per, car outre des signes précédents, il peut en trouver plus qu'il ne lui en faut. Nous allons nous contenter de les passer brièvement en revue.

A) **Boiterie très nette.**

B) **Attitude vicieuse.**

La cuisse en abduction est, de plus, en flexion ; il s'ensuit une ensellure lombaire de compensation pour maintenir le membre inférieur dans l'axe du corps.

C) **Empâtement fongueux de la région périarticulaire.**

D) **Douleur très vive à la pression et à la mobilisation.**

E) **Limitation très marquée des mouvements.**

V. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il est presque inutile de faire un paragraphe spécial pour le diagnostic différentiel, car si on a pensé à la possibilité d'une coxalgie, l'existence des trois signes que nous avons étudiés : douleur à la pression de la tête fémorale, limitation de l'abduction et allongement apparent, permettent de l'affirmer.

Mais s'il subsistè un doute, les signes particuliers des affections auxquelles on peut également penser viennent faire le diagnostic. Ainsi :

A) **Certaines maladies éloignées** peuvent se manifester par de la boiterie et de la douleur à la marche. Mais :

a) LE MAL DE POTT lombaire ou lombo-sacré se distingue par la succession douloureuse d'une ou plusieurs vertèbres, et par la raideur de la partie inférieure du tronc. La rétraction d'un psoas iliaque peut limiter les mouvements de la hanche et en imposer pour une coxalgie, mais il existe un raccourcissement apparent du membre au lieu d'un allongement.

b) LES LÉSIONS OSSEUSES PÉRIARTICULAIRES de la hanche ne s'accompagnent ni de limitation des mouvements, ni d'allongement apparent, et la douleur à la pression est localisée non point sur la tête fémorale mais sur des points péri-articulaires.

c) LES MALADIES DU GENOU se distinguent par la localisation des douleurs à la pression et la limitation des mouvements, à cette articulation.

d) LA SCIATIQUE se caractérise par la douleur à la pression sur le trajet du nerf, et la limitation de la flexion de la cuisse sur le bassin, la jambe étant en extension.

B) **Certaines affections de la hanche** peuvent faire croire à une coxalgie par l'existence de boiterie, de limitation de certains mouvements, ou de douleur spontanée ou provoquée au niveau de la tête fémorale. Mais :

a) L'OSTÉOMYÉLITE se distingue par son début à grand fracas, et la formation rapide de l'abcès.

b) L'ARTHRITE BLENNORRAGIQUE par l'interrogatoire et l'examen du soldat ; mais il ne faut pas oublier qu'elle peut faire le lit à la tuberculose.

c) L'ARTHRITE SYPHILITIQUE, le plus souvent bilatérale, s'accompagne d'une indolence presque complète à la pression, de la conservation presque absolue des mouvements. Enfin, le Wassermann et le traitement spécifique peuvent être d'un précieux secours.

d) Il faut se méfier des RHUMATISMES de la hanche qui durent ; ce sont souvent des coxalgies.

c) LA COXA-VARA et LA FRACTURE DU COL se distinguent par le raccourcissement au début au lieu de l'allongement apparent, et par l'examen radiographique.

VI. — OBSERVATIONS

OBSERVATION IX

(Communiquée par M. le Dr Calot.)

Georges D..., 26 ans. En décembre 1916, a senti quelques douleurs « dans le bas des reins » et dans la région du bassin. Se présente à la visite : on lui dit *courbature* ; les douleurs se passent au bout de quelques jours. En janvier 1915, elles reviennent, senties cette fois tout le long de la jambe, mais ne l'empêchant pas de faire son service.

Au mois de mars suivant, les douleurs augmentent, il retourne à la visite : on lui dit que c'est un *rhumatisme sciatique*, « qu'il n'y avait rien à faire que de se soigner au chaud ». Il a continué son travail, montant à cheval, faisant du « pansement », les courses de son colonel, etc... « A cheval, dit-il, la jambe me faisait mal, et quand je descendais je n'étais pas capable de marcher avant un bon quart d'heure ; je me couchais sur une botte de paille, alors la jambe me faisait moins mal. Et je me traînais ainsi comme je pouvais. »

Les douleurs ayant augmenté il retourna à la visite, où on lui dit la même chose. Ayant changé de major, il va consulter le nouveau qui regarde son livret, porte le même diagnostic de *sciatique*, et donne un liquide camphré pour frictionner la jambe.

« Mais, dit le malade, il n'y eut pas de mieux ; au contraire, le mal empirait et bientôt il me fut impossible de marcher

et même de me traîner ; les officiers qui me rencontraient avaient pitié de moi et me demandaient pourquoi je n'allais pas à la visite. Je répondis que j'y étais allé plusieurs fois. »

« Alors mon colonel me fit visiter par un major de sa connaissance qui après avoir examiné ma jambe mit un point d'interrogation après la note de mon livret et m'envoya à l'hôpital. » C'était en juillet ; là, on a reconnu la *coxalgie*, enfin !... *Il s'était écoulé plus de 7 mois depuis les premiers signes du mal.*

Lorsque le malade était venu à l'hôpital, nous pouvions déjà percevoir un empâtement fongueux dans la profondeur du triangle de Scarpa ; et quelques semaines plus tard nous retirions par ponction 500 grammes de pus. Il est certain que si dès l'apparition des premières douleurs, 7 mois plus tôt, on avait pensé à la *coxalgie*, et si on en avait recherché les signes, de la manière que nous avons dite, on les aurait trouvés.

Mais aucun de ses premiers médecins ne l'avait examiné nu, aucun n'avait palpé ni mobilisé la hanche.

OBSERVATION X

(Communiquée par M. le Dr Calot.)

Lucien B., 24 ans, très bien portant jusqu'à l'âge de 19 ans. Alors pleurésie sèche en juin 1913. Six mois plus tard (novembre 1913) apparition de douleurs à la hanche, puis au genou, surtout la nuit, qui disparaissaient après deux semaines sans traitement. En Janvier 1914, douleurs plus vives à la hanche ; le médecin dit *rhumatismes*. Et ça se passe ; cependant, de temps en temps, rarement, des douleurs à la hanche ou au genou.

En mars, ces douleurs deviennent plus vives, à la suite

d'une période de surmenage cérébral et phystique à Paris.

En avril, retour chez lui en Touraine. Chasse à l'affût la nuit du 20 avril. Le lendemain, douleurs très aiguës à la hanche. Le médecin, croyant toujours à des rhumatismes, ordonne du salicylate et le repos. Après 15 jours, le malade se sent mieux et reprend la vie active.

Rechute. De nouveau repos et de nouveau une amélioration sensible. Après 15 jours de fatigues, en juin, réapparition des douleurs qui cessent au repos.

Juillet, réveil des douleurs. Mais c'était somme toute peu de chose puisque, la question s'étant posée de partir pour le service militaire, la question est résolue par l'affirmative par 2 médecins qui pensent que « ça lui fera du bien » et « que l'exercice le débarrassera de ces névralgies. »

En novembre et décembre 1914 (donc 1 an après les premières douleurs de la hanche) le voilà au régiment faisant son service et même une fois une marche de 30 kilomètres. Quelques heures après cette longue marche, il est pris de douleurs très aiguës à la hanche. Les camarades le voyant si vigoureux le traitent de simulateur. Un major parle de *sciatique*, un autre de *rhumatismes*, un troisième de *simulation*.

Enfin, en mars 1915, il consulte un chirurgien orthopédiste qui fait le diagnostic de *coxalgie*, mis hors de doute un mois plus tard par l'apparition d'un abcès de la grosseur du poing au niveau de l'aîne.

Chez ce malade, *le diagnostic de coxalgie aurait pu être fait 17 mois plus tôt.*

CHAPITRE III

TUMEURS BLANCHES

Nous allons retrouver ici des symptômes semblables à ceux de la coxalgie, qui n'est autre que l'arthrite tuberculeuse de la hanche, mais ce ne sera pas une répétition, car l'étude de la coxalgie méritait un chapitre spécial.

Si le diagnostic de la tumeur blanche est aisé à sa période d'état, il n'en est pas de même à sa période d'incubation où ses symptômes latents et atténués peuvent passer inaperçus ou être une cause d'erreur.

Et cependant ce diagnostic peut et doit être fait. Mais le tubercule, infime au début, qui se développe dans une articulation, ne peut être dépisté que si l'on y pense et si l'on sait le rechercher. On doit penser à le rechercher, quand on se trouve en présence des symptômes suivants que nous allons étudier sous le nom de signes de présomption.

I. — SIGNES DE PRÉSUMPTION

Le soldat qui vient consulter se plaint de souffrir du genou ou du cou-de-pied, après une marche ou un exer-

cice ; ou bien d'une douleur ou d'une sensation de fatigue dans l'épaule, le coude ou le poignet, après un travail fatigant.

Ces phénomènes qu'il accuse, peuvent être continus ou le plus souvent intermittents ou vagues ; aussi le médecin a-t-il tendance à ne pas y attacher grande importance, et à se contenter, sans chercher plus loin, du diagnostic facile de fatigue, rhumatisme ou entorse légère.

Et cependant, cela peut être le début d'une ostéite, surtout si de plus le sujet est un homme surmené, relevant d'une maladie débilitante et si son interrogatoire révèle des antécédents suspects. Dans tous les cas, même s'il paraît robuste, il ne faut pas en rester là, et il faut l'ayant fait déshabiller, examiner avec soin les divers segments du membre dont il se plaint, en les comparant avec le côté opposé.

Nous allons dire maintenant comment cet examen doit être fait, en prenant pour type la tumeur blanche du genou. C'est seulement après avoir fait convenablement cet examen qu'on pourra dire avec certitude qu'il y a ou qu'il n'y a pas d'arthrite.

II. — SIGNES DE CERTITUDE D'UNE ARTHRITE

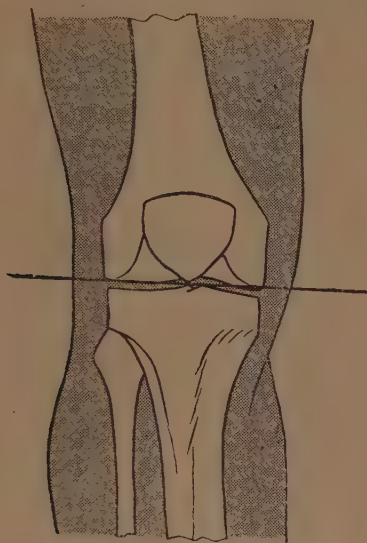
Il y en a deux : la douleur à la pression et la limitation des mouvements de la jointure.

A. Douleur à la pression :

On éveille cette douleur en pressant méthodiquement

avec la pulpe de l'index sur les extrémités articulaires du tibia, du fémur ou sur la rotule, en se rappelant que *l'interligne coïncide avec une ligne horizontale passant par le sommet de la rotule* (fig. 14).

Il faut répéter cet examen plusieurs fois de suite, en



A D

(Fig. 14) : L'interligne du genou coïncide avec une ligne horizontale passant par le sommet de la rotule.

variant la force de pression et en comparant la réaction du sujet avec celle qu'il accuse pour une pression identique sur le point homologué de l'autre membre.

Mais la résistance du soldat peut induire en erreur suivant qu'il est brave ou timoré ; *s'il est brave*, il peut ne rien dire ; il faut alors presser plus fort en regar-

dant l'expression de sa physionomie, car ses traits se contracteront malgré lui s'il y a douleur. *Si au contraire il est timoré* ou simulateur il peut se plaindre à la moindre pression ; on varie alors l'intensité de la pression pour voir si les plaintes et la figure changent dans la même proportion.

La pression étant ainsi faite, on est sûr que le genou suspect est oui ou non plus sensible que l'autre et on le mobilise alors pour chercher si les mouvements sont limités.

B. Limitation des mouvements :

Pour la rechercher, fixant la cuisse d'une main, il suffit avec l'autre de faire exécuter à la jambe les mouvements de flexion et d'extension jusqu'à leur extrême limite, en recommençant plusieurs fois de suite, et en comparant leur amplitude avec celle des mouvements de l'autre genou.

Lorsque l'un de ces mouvements est limité, même très peu, on peut affirmer qu'il y a quelque chose d'anormal dans le genou ; à plus forte raison si la pression des extrémités articulaires avait réveillé de la sensibilité.

Mais si ces renseignements nous permettent d'affirmer que le genou est malade, cela ne nous éclaire pas sur la nature de la lésion, qu'il est de toute nécessité de connaître pour instituer le traitement précoce approprié.

Nous allons donc étudier maintenant comment on peut faire le diagnostic de la nature tuberculeuse de cette

arthrite, par l'ensemble des symptômes suivants dont aucun cependant, pris en particulier, n'est pathognomonique.

III. — SIGNES DE CERTITUDE DE LA NATURE TUBERCULEUSE DE L'ARTHRITE

Ces signes n'ont pas tous une égale valeur, et nous allons les étudier en commençant par les plus importants. Ce sont :

A. Les modifications de la synoviale :

Ces modifications de consistance et d'épaisseur sont perceptibles à la palpation, à la condition qu'elle soit bien faite, c'est-à-dire avec soin, en recommençant plusieurs fois et en comparant avec l'autre membre. On doit la faire plus particulièrement dans la région des culs-de-sac synoviaux qui, dans le cas particulier du genou que nous étudions, se trouvent sur les côtés et au-dessus de la rotule et de chaque côté du tendon rotulien.

Dans le cas de tumeur blanche, l'œil permet de voir une saillie anormale de ces culs-de-sac, et la main sent à leur niveau un bourrelet plus ou moins dur et parfois même fongueux en certains points. Même minimes, ces détails ne peuvent échapper à un examen minutieux.

Enfin, si l'on recherche le *choc rotulien*, en se servant des deux mains, on peut déceler la présence d'un épanchement liquide plus ou moins abondant dans la synoviale.

B. Atrophie musculaire :

L'atrophie, peu marquée à la période d'incubation de la tumeur blanche, se manifeste cependant, comme nous l'avons dit à propos de la coxalgie, par la différence d'épaisseur du pli que fait la peau pincée entre le pouce et l'index, sur la jambe malade et sur la jambe saine.

C. Les antécédents du soldat.

D. **L'aggravation du mal** à la suite des massages ou de la mobilisation de l'articulation.

Si, n'étant pas sûr de son diagnostic, on a institué un traitement, même prudent, de massage et de mécano-thérapie et qu'il s'ensuive une amélioration de l'état de la jointure, on peut affirmer qu'il ne s'agit pas de tuberculose. Mais si au contraire les signes de l'inflammation augmentent, on doit y penser.

E. La radiographie.

La radiographie qui, à une période avancée, peut montrer la raréfaction des tissus osseux, ne nous donne pas de renseignements au début, au moment où le diagnostic clinique est le plus délicat.

F. Quant au **cyto-diagnostic**, à l'épreuve de la **tuberculine** et à l'**inoculation au cobaye**, ces procédés ne nous donneront pas beaucoup plus de renseignements.

IV. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Nous allons passer en revue les différentes affections que l'on peut confondre avec la tumeur blanche, en les groupant comme nous l'avons fait pour la coxalgie, en maladies éloignées de l'articulation, et maladies de la même articulation.

A. **Certaines maladies éloignées** peuvent amener la pensée d'une tumeur blanche par les douleurs et les troubles fonctionnels du membre. Mais :

a) LES LÉSIONS D'ARTICULATIONS ADJACENTES OU LOINTAINES sont diagnostiquées par l'examen méthodique qui localise le mal à l'articulation où les mouvements sont limités et où la pression réveille une douleur. C'est le cas du diagnostic de la coxalgie et de la tumeur blanche du genou, qui peuvent toutes deux débiter par une douleur dans le genou.

b) LES LÉSIONS PÉRIARTICULAIRES se distinguent par la localisation de la douleur à la pression sur des points extrasynoviaux ou sur des bourses séreuses extraarticulaires que la palpation montre modifiées, tandis que la synoviale articulaire est indemne. De plus, les mouvements de la jointure sont généralement libres.

B. **Certaines affections non tuberculeuses de la même articulation** peuvent faire croire à une tumeur blanche par l'existence de ses gros signes : gêne fon-

tionnelle du membre, douleur et limitation des mouvements. Mais :

a) LE RHUMATISME ET L'ENTORSE se distinguent d'habitude par les commémoratifs. De plus, il n'y a généralement pas d'atrophie musculaire ni de modification de la synoviale, et sous l'influence du traitement approprié au rhumatisme ou à l'entorse, les choses vont en s'améliorant. Cependant, bien souvent le diagnostic n'est pas aussi facile, soit que le souvenir du traumatisme est oublié, soit au contraire qu'on prend pour une simple arthrite traumatique, une vraie tumeur blanche au début, le soldat trouvant facilement dans ses souvenirs un coup, une chute ou une blessure antérieure à incriminer.

Enfin, il ne faut pas oublier qu'un traumatisme peut réveiller ou localiser sur une jointure une tuberculose latente, et ce point est très important en médecine militaire où l'on rencontre tant de blessures articulaires, chez des sujets déprimés et en état de moindre résistance. Il ne faut pas se laisser fasciner par le traumatisme et oublier la tuberculose.

b) L'OSTÉOMYÉLITE AIGÜE, plutôt localisée dans la diaphyse, a une évolution rapide, avec formation d'un abcès chaud en quelques jours, température élevée et phénomènes généraux, tandis que la tumeur blanche évolue lentement, sans fièvre, et que le pus met des mois à se former.

c) L'ARTHRITE SYPHILITIQUE est le plus souvent bilaté-

rable, indolore à la pression et s'accompagne d'une liberté à peu près complète des mouvements de la jointure.

Dans les cas douteux, il suffit d'instituer le traitement spécifique pour voir les choses rentrer dans l'ordre en quelques semaines.

d) L'ARTHRITE BLENNORRAGIQUE est facile à dépister par les commémoratifs et l'examen des organes génitaux, mais encore faut-il y penser. Il ne faut pas oublier, comme nous l'avons dit pour la coxalgie, que le diagnostic étant fait, il ne doit pas exclure la possibilité d'une tumeur blanche, car la blennorragie peut faire le lit à la tuberculose.

e) L'HYDARTHROSE SIMPLE peut prêter au doute et dans ce cas il faut réserver son diagnostic, faire une ponction évacuatrice et une compression ouatée, puis attendre. On pensera à la tumeur blanche si le liquide se reforme.

V. — OBSERVATIONS

OBSERVATION XI

(ORIGINALE).

*Tumeur blanche du genou soignée pendant 8 mois par
2 médecins comme étant une hydarthrose traumatique.*

Edmond B., 24 ans, fantassin.

Rien à signaler dans les antécédents.

En décembre 1915, il commence à ressentir des douleurs dans le genou gauche; douleurs apparaissant après les marches et cessant par le repos. En même temps, il s'aperçoit que son genou est « enflé ». Il se présente à la visite et est exempté de service pour *hydarthrose*.

Traitement : massage et pointes de feu.

Les douleurs augmentant d'intensité et de fréquence, il se présente souvent à la visite, et on fait à chaque fois un traitement semblable. Il est enfin évacué le 30 août 1916 dans un hôpital de l'intérieur et de là envoyé à Berck avec le diagnostic d'*hydarthrose traumatique*.

Examiné aussitôt, on ne trouve pas trace de liquide dans l'articulation, et au contraire un point douloureux à la pression de la face interne du plateau tibial à 1 centimètre de l'interligne tibio-fémorale, de l'empâtement de la synoviale. et une légère limitation de l'extension. Il s'agit donc d'une tumeur blanche du genou.

Actuellement la jambe est toujours dans le plâtre depuis le début de septembre.

OBSERVATION XII

(ORIGINALE).

Tumeur blanche du genou soignée pendant 5 mois comme rhumatisme.

Joseph T..., 21 ans, fantassin.

Souffrant depuis quelques mois de douleurs intermittentes dans le genou droit, et s'étant déjà fait porter malade plusieurs fois, il est évacué de la Somme le 19 février 1916 pour *rhumatisme articulaire* et est envoyé à Abbeville. Traitement : aspirine, salicylate de soude.

Mais au cours du traitement, le genou se met à gonfler pendant que la jambe se met en flexion sur la cuisse. On pense alors à une tumeur blanche et on l'envoie à Berck le 10 juillet 1916, c'est-à-dire 5 mois après son évacuation du front.

A son arrivée, on trouve le genou droit globuleux, avec une synoviale fongueuse, une atrophie considérable de la cuisse avec épaissement du pli cutané. La jambe est fléchie sur la cuisse, et les mouvements sont impossibles. Il s'agit d'une *tumeur blanche du genou droit*.

Redressement sous chloroforme et plâtre. Actuellement T. est encore plâtré.

OBSERVATION XIII

(ORIGINALE).

Tumeur blanche de l'épaule, prise par 3 médecins pour une subluxation.

Louis T..., 21 ans, artilleur.

Pleurésie gauche en 1912. A la suite de cette pleurésie, abcès

froid sus-claviculaire gauche, probablement d'origine costale. Mobilisé service auxiliaire en janvier 1915 et versé service armé en janvier 1916.

Le 6 septembre 1916, au cours d'une permission agricole, en labourant, il éprouve une forte secousse dans l'épaule droite, épaule sur laquelle il était déjà tombé 9 ans auparavant, et dont il souffrait un peu, surtout par temps humide. Aussitôt après l'accident du 6 septembre 1916, il voit 2 médecins qui diagnostiquent une *subluxation de l'épaule droite*.

Il est alors hospitalisé avec ce diagnostic à Bourges. Traitement : immobilisation de l'épaule avec une écharpe, puis 15 jours après massages et mobilisation de l'épaule pendant un mois. Durant ce mois, apparaît une collection purulente au niveau de la pointe de l'omoplate. Cette collection est ponctionnée plusieurs fois, puis incisée ! Et enfin, en désespoir de cause, on envoie T. à Berck le 10 février 1917.

A son arrivée, on trouve de l'empâtement de l'épaule, avec limitation très marquée des mouvements, et la pression méthodique fait découvrir un point douloureux sur l'omoplate au niveau du bord postérieur de la cavité glénoïde. On diagnostique une *tumeur blanche de l'épaule droite*.

OBSERVATION XIV

(ORIGINALE).

Tumeur blanche tibio-tarsienne traitée pendant 5 mois 1/2 par 3 médecins, comme étant une gelure.

Jean G., 22 ans, fantassin.

Rien à signaler dans les antécédents.

Souffrant du pied droit depuis quelques jours, il est reconnu malade le 3 janvier 1916 et est soignée à l'infirmerie régimentaire, pour *gelure*, jusqu'au 28. Traitement : repos et pan-

séments avec la pommade Reclus. Pendant ce séjour à l'infirmerie, on lui incise un abcès au niveau de la maléole interne ; puis on l'évacue sur une ambulance divisionnaire pour *abcès consécutif à une gelure*. Pansements humides et bains de pied.

Le 7 mars, il est évacué à Abbeville, toujours avec le même diagnostic. Le 27 mars, on fait le diagnostic *d'arthrite du cou de pied*. Après lui avoir fait 6 incisions, et ne sachant plus quoi faire, on l'évacue sur Berck le 22 juin 1916, où l'on diagnostique une *tumeur blanche tibio-tarsienne*. (Inoculation au cobaye positive).

Traité par les injections d'huile créosotée et l'application d'un appareil plâtré, il est en cours de traitement et en voie d'amélioration.

CHAPITRE IV

AUTRES TUBERCULOSES OSSEUSES

Comme celles que nous avons étudiées dans les chapitres précédents, les autres ostéites tuberculeuses ont habituellement un début insidieux, ce qui fait que, souvent, c'est à la formation d'un abcès que le soldat vient consulter.

Mais avant il est le plus souvent d'autres symptômes qui permettent de faire un diagnostic plus précoce, et que nous allons étudier sous le nom de signes de la première période.

I. — SIGNES DE LA PREMIÈRE PÉRIODE

Ce sont la douleur et le gonflement.

A. Douleur :

Cette douleur est habituellement le premier signe de l'ostéite.

a) PROVOQUÉE, elle siège en un point localisé très net,

et c'est sur cette fixité de la douleur que se base surtout le diagnostic.

b) SPONTANÉE, elle est plus marquée la nuit que le jour et est accrue par les mouvements et la fatigue. Mais d'intensité très variable, elles peuvent même manquer complètement.

Ces douleurs pourraient être confondues avec les *douleurs ostéocopes de la syphilis* ; mais les exaspérations nocturnes, les antécédents du soldat et le traitement par l'iodure trancheront le diagnostic.

B. Gonflement :

Il se produit bientôt, au niveau du point douloureux que la pression avait localisé, une tuméfaction d'abord insignifiante et qui va en augmentant progressivement.

Quand l'os est superficiel, et c'est le cas des côtes, par exemple, ce gonflement se voit et est perceptible bien plus tôt que lorsqu'il s'agit d'un os profond.

Quand l'ostéite siège sur un os court, et c'est le cas du *spina ventosa* des os de la main et du pied, la tuméfaction s'étend rapidement à la totalité de cette portion du squelette, et donne lieu à des déformations caractéristiques.

C'est surtout avec l'*ostéo-sarcome* que cette tuméfaction peut être confondue. Pour faire le diagnostic, on se rappellera que : l'*ostéo-sarcome* a une marche rapide, — que ses douleurs, parfois très aiguës, ne se calment pas par l'immobilité, — qu'à son niveau on peut constater une élévation thermique et de la dilatation du réseau veineux

sous-cutané ; — enfin, le néoplasme ayant peu de retentissement sur le reste de l'os atteint, sa tumeur est nettement limitée, tandis que dans le cas d'ostéite tuberculeuse, l'hyperostose est progressivement décroissante du centre vers la périphérie.

II. — DEUXIÈME PÉRIODE

La tuméfaction se ramollissant, son centre devient fluctuant et il se forme un *abcès ossifluent*.

Abcès :

Ces abcès peuvent être *sessiles*, et alors ils évoluent sur place, ou bien *migrateurs*, et alors guidés par les aponeuroses, les muscles et les gaines vasculo-nerveuses, ils peuvent aller apparaître superficiellement très loin de leur lieu d'origine. Il ne faut pas oublier ce fait, car il est une cause fréquente d'erreur sur l'origine du pus.

Enfin, il ne faut pas confondre un abcès ossifluent avec un lipome, une hernie musculaire, ou une éversion, comme dans l'observation qui suit.

III. — OBSERVATIONS

OBSERVATION XV

(ORIGINALE).

Abcès froid d'origine costale pris par 3 médecins pour une éventration.

Charles M..., 23 ans, dragon.

A eu une pleurésie en mai 1914 ; réformé temporairement, il est repris le 11 mai 1915.

Vers le 15 décembre 1915, il commence à sentir des douleurs dans l'hypochondre droit, d'abord vagues, puis plus vives, surtout après les journées de fatigue. Il se fait porter malade, mais n'est pas « reconnu ».

Le 16 janvier 1917, ayant constaté l'apparition d'une petite tumeur dans cette même région, il se présente de nouveau à la visite, et est évacué le jour même sur une ambulance divisionnaire avec le diagnostic *d'éventration*.

Il n'y reste pas et est évacué au début de février dans un hôpital de St-Riquier en vue de la cure radicale de l'éventration. Le 20 mars, pendant le séjour à l'hôpital, le diagnostic est changé pour celui d'*abcès froid*, mais on ne fait aucun traitement et on se contente de faire à M... des injections de cacodylate de soude.

Il arrive à Berck le 14 février 1917 et on trouve alors un abcès de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, siégeant dans le flanc droit, et ayant son origine très nette au niveau de la *partie antérieure de la 10^e côte droite* où la pression

localise une douleur vive. La peau de l'abcès, rouge et étendue, menaçant de se rompre, on le ponctionne aussitôt.

Les ponctions ont été répétées depuis, et actuellement toute trace de collection a disparu.

OBSERVATION XVI

(ORIGINALE).

Ostéite iliaque gauche soignée pendant 10 mois comme étant une sciatique.

Alphonse C., 36 ans, chasseur à pied.

En décembre 1915, étant instructeur à son dépôt, il ressent des douleurs à la face postérieure de la fesse et de la cuisse gauche, qui nécessitent son hospitalisation à Limoges en janvier 1916 avec le diagnostic de *sciatique gauche*. Traitement par la haute fréquence.

Pendant le séjour de 3 mois qu'il fait à l'hôpital, apparaît au niveau d'une blessure thoracique antérieure un abcès froid d'origine costale. Après résection de côte, il sort guéri de l'hôpital et rejoint son dépôt.

Les « douleurs sciatiques » persistent toujours et il apparaît, à la partie supérieure de la face postéro-externe de la cuisse, un abcès qu'on incise à l'infirmerie et nécessite une nouvelle hospitalisation, le 15 novembre. Traitement : injections d'huile de Calot pratiquées tous les jours par un infirmier.

Puis, en décembre, évacuation sur un hôpital d'Evian-les-Bains, où on le traite par des bains chauds.

Envoyé en convalescence de 15 jours en janvier 1917, la fistule qui s'était tarie s'ouvre de nouveau et on envoie C... à Berck le 12 février. Là, on fait le diagnostic d'*abcès froid*

d'origine iliaque gauche, grâce à un point douloureux très net à la pression au niveau de la face postérieure de l'os iliaque gauche, à 2 centimètres en dehors de l'articulation sacro-iliaque.

CHAPITRE V

ADÉNITES

L'adénopathie tuberculeuse peut apparaître au cours d'une tuberculose déjà avancée, mais alors son diagnostic ne présente aucune difficulté. Il en est tout autrement quand elle survient d'emblée, et c'est seulement ce cas que nous allons étudier, car c'est celui qui prête à confusion.

Pouvant se présenter sous deux aspects différents :

adénite mono-ganglionnaire

et adénite poly-ganglionnaire,

nous allons les étudier successivement.

I. — ADÉNITE MONO-GANGLIONNAIRE

Dans ce cas, c'est un ganglion isolé qui s'engorge et grossit. Il forme sous la peau une tumeur ferme, ou bien ramollie et fluctuante si le pus est formé, mais dans tous les cas, caractérisée par son *indolence presque complète*.

Diagnostic différentiel :

Cependant, cette tumeur affecte quelquefois une allure aiguë et elle peut être prise alors pour un *adéno-phleg-*

mon simple ou pour un *bubon vénérien* à l'aine. Mais l'existence d'une lésion originelle dans le territoire lymphatique correspondant au ganglion infecté, l'empatement péri-ganglionnaire et l'état général permettent de faire le diagnostic.

Quand elle suit sa marche chronique habituelle, l'adénite tuberculeuse peut être confondue avec le cancer ou la syphilis. Mais :

a) LE CANCER se présente sous forme d'une masse plus dure et s'accompagne de douleurs vives.

b) LA SYPHILIS donne habituellement des adénites multiples, en pléiade. Il ne faut pas oublier cependant que la tuberculose et la syphilis associées donnent les formes mixtes du « *scrofulate de vérole* » de Ricord.

c) Enfin, nous avons traité à propos du mal de Pott, le diagnostic des adénites et des ABCÈS OSSIFLUENTS.

II. — ADÉNITE POLY-GANGLIONNAIRE

Cette forme est plus fréquente que la précédente, et y fait habituellement suite : au voisinage de la première adénite un second ganglion se prend, puis un troisième, puis d'autres, sur le trajet des lymphatiques, formant ainsi sous la peau un « *chapelet* » ou une « *grappe* » de petites tumeurs.

Puis ces glandes isolées se soudent, s'entourent d'une gangue de péri-adénite, et forment un « *paquet* » massif, irrégulier, bosselé, rénitent par places, induré par d'autres.

Les deux signes caractéristiques de ces tumeurs ganglionnaires, c'est qu'elles sont indolores et que, même quand elles atteignent un volume considérable, elles déterminent très peu de troubles de compression.

Diagnostic différentiel :

Le diagnostic de cette forme de l'adénite tuberculeuse est souvent très difficile, et nous allons passer en revue les maladies qui peuvent prêter à confusion.

à l'épididymite syphilitique secondaire ; mais l'existence la plus grande difficulté de diagnostic, car la pléiade peut exister dans les deux cas. Tous deux sont indolents, et ni l'âge, ni le siège ne peuvent donner de renseignements. Il est vrai que la lésion tuberculeuse tend au ramollissement ; mais pas toujours, tandis que par contre le lymphadénome peut se ramollir en certains points.

Dans le cas de doute, c'est surtout l'examen du sang, montrant l'augmentation du nombre des globules blancs dans le cas de lymphadénie, et l'étude des antécédents ainsi que les stigmates de lésions tuberculeuses antérieures qui permettront de faire la distinction.

On se basera aussi sur les caractères distinctifs suivants : les ganglions tuberculeux restent plus souvent unilatéraux ; — ils perdent de meilleure heure leur mobilité indépendante et se fusionnent en un gâteau de péri-adénite ; — la peau leur devient plus vite adhérente.

b) LA SYPHILIS peut être aussi un sujet de doute. Mais à la période primaire la découverte de l'accident primitif et le siège de la pléiade, comme aux périodes secon-

naire et tertiaire, le passé du malade et la découverte d'autres accidents syphilitiques, permettront de prendre une décision.

Enfin, le traitement spécifique sera d'un précieux secours.

c) LE CANCER DES GANGLIONS est plus dur et plus douloureux que l'adénite tuberculeuse. Comme il est habituellement secondaire, on trouve le cancer primitif en examinant le sujet. De plus, le néoplasme apparaît plutôt à un âge avancé de la vie, tandis que les adénites s'observent plutôt chez les jeunes soldats.

III. — OBSERVATIONS

OBSERVATION XVII

(Communiquée par M. le Dr Calot.)

Adénite cervicale suppurée, soignée comme telle pendant 6 mois, par 4 médecins, et qui n'était autre qu'un abcès par congestion de Mal de Pott.

M., 33 ans.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels.

« Dans le civil », cultivateur ; se plaint, au début de décembre 1915, de douleurs à la nuque qu'il attribue au port du casque trop lourd. Ces douleurs augmentent d'intensité quand il est obligé de pencher la tête en avant, ou quand son casque accroche une branche d'arbre ou une broussaille quelconque.

En décembre, apparaît une adénite (?) à la région sus-claviculaire gauche. Les douleurs, l'adénite, obligent M. à interrompre son service. Il est reconnu malade le 31 janvier 1916 et est évacué aussitôt à X..., pour *adénite cervicale suppurée*. Celle-ci est ponctionnée tous les 8 jours ; 2 injections d'éther iodoformé sont pratiquées au début. Ces injections provoquent une réaction intense et sont suivies d'ouverture spontanée de l'abcès ; elles sont abandonnées par la suite.

Évacué, il arrive à M... le 7 avril. Traitement : pansements humides.

Le 12 avril il part pour N... Traitement : pansements secs ;

pas de ponction ; pas d'injection. L'ouverture spontanée se ferme et s'ouvre de nouveau alternativement jusqu'au jour où M... arrive à Berck-Plage, le 27 mai 1916.

L'examen fait constater un abcès de la grosseur d'une petite orange dans le creux sus-claviculaire gauche. Cet abcès, qui menace de se rompre est ponctionné sur-le-champ ; pansement compressif sec.

Le soldat présente une attitude spéciale : la tête est inclinée en avant ; le cou et la tête se meuvent d'une seule pièce ; si on imprime à la tête un mouvement de flexion (pour mettre le menton et le manubrium du sternum en contact, par exemple) on détermine une douleur violente à la nuque. Les mouvements de latéralité de la tête sont possibles et non douloureux. La station prolongée debout ou assise est pénible ; le malade se trouve mieux couché.

La palpation et la succussion méthodique des vertèbres cervicales et des premières dorsales révèle une douleur au niveau des 3^e, 4^e et 5^e vertèbres cervicales. Il s'agit donc d'un *Mal de Pott cervical*.

Le 16 juin, l'examen radiographique confirme ce diagnostic : la 3^e cervicale a subi un affaissement léger, mais cependant très net (partie gauche du corps vertébral).

Le 25 juin, on constate l'apparition d'un deuxième abcès (comme une noisette) du côté opposé (droit) dans un point symétrique du siège du premier abcès ; ce qui est une nouvelle confirmation du diagnostic de *Mal de Pott*.

Voilà encore un malade chez qui le diagnostic aurait pu et dû être fait 6 mois plus tôt.

CHAPITRE VI

ORCHI-ÉPIDIDYMITE

La tuberculose du testicule peut se présenter sous deux aspects :

la forme aiguë

et la forme chronique,

que nous allons étudier séparément, car elles ont des caractères tout à fait différents.

I. — FORME AIGUE

C'est ce qu'on appelle l'*orchite tuberculeuse*. Une douleur vive et spontanée apparaît dans la glande, avec irradiations le long du cordon, en même temps que la bourse se tuméfie. Cette tuméfaction est due à l'augmentation de volume de l'épididyme et à une certaine quantité de liquide épanché dans la vaginale.

A la palpation l'épididyme est uniformément tuméfié, sans bosselure.

De plus, il existe souvent un écoulement urétral séropurulent.

Diagnostic différentiel :

Le tableau est donc celui de l'ÉPIDIDYMITE BLENNORR-

GIQUE. Mais en plus de l'examen microscopique de l'écoulement, les trois caractères suivants permettront de distinguer les deux orchites :

a) Décroissance rapide des phénomènes douloureux, dès le 4^e ou le 5^e jour.

b) Forme noueuse du gonflement épидидymaire. L'épididyme qui était encore régulier devient bosselé.

c) Suppuration rapide : ces bosselures deviennent rapidement fluctuantes, avec tendance à s'ouvrir spontanément et à se fistuliser.

A partir de ce moment, l'affection prend l'allure chronique.

II. — FORME CHRONIQUE

C'est la forme habituelle. Un fait frappant c'est la longue conservation de la santé générale chez les sujets atteints de tuberculose testiculaire isolée.

A. Signes subjectifs :

Au début, la douleur spontanée étant rare, c'est par hasard en palpant ses bourses que le soldat qui vient à la visite, s'est aperçu de la tuméfaction de son testicule.

D'autres fois, il vient consulter pour un écoulement uréthral rebelle, des phénomènes de cystite ou des pertes séminales.

Dans d'autres cas enfin, ces troubles ont succédé à un traumatisme plus ou moins ancien des bourses : blessure de guerre, coup de pied de cheval ; et il ne faut pas

oublier que le traumatisme peut faire le lit à la tuberculose.

En pareil cas, et surtout si le sujet présente des attributs du tempérament lymphatique, des cicatrices d'adénites, il faut palper ses épididymes et faire le toucher rectal.

B. Signes objectifs :

On trouve l'épididyme volumineux, bosselé, surtout au niveau de la tête. Si le testicule est altéré, il présente des noyaux et a perdu sa souplesse. En suivant le canal déférent, on peut le trouver lui aussi épaissi et présentant un chapelet de nodosités.

Ces noyaux tendent vers le ramollissement, pour former des abcès froids qui soulèvent la peau, de plus en plus mince, et finissent par la fistuliser.

Le *toucher rectal*, qu'il ne faut pas oublier, car c'est lui seul souvent qui permet de trancher le diagnostic, révèle des bosselures dures ou fluctuantes sur la prostate et les vésicules séminales.

Diagnostic différentiel :

a) QUAND L'ÉPIDIDYME SEUL EST ENVAHI de nodosités résistantes peu douloureuses, on peut penser également aux noyaux indurés qui succèdent à l'*épididymite blennorragique*, mais dans ce cas l'induration plus allongée, siège à la queue de l'épididyme et fait suite à une orchite blennorragique ;

à l'*épididymite syphilitique* secondaire ; mais l'existence d'autres accidents spécifiques et le traitement d'épreuve font le diagnostic.

b) QUAND L'ÉPIDIDYME ET LE TESTICULE SONT ENVAHIS ENSEMBLE, on peut penser à un *cancer du testicule* ; mais celui-ci est plus volumineux que le testicule tuberculeux, il est rarement adhérent au scrotum, et l'épididyme ne présente pas les saillies bosselées caractéristiques de la tuberculose,

Enfin, une *gomme syphilitique ramollie* peut être prise pour un abcès froid du testicule, de même qu'une gomme fistulisée peut être prise pour une fistule bacillaire. Mais en plus des antécédents et du traitement spécifique, on tiendra compte de ce fait que *les abcès et fistules tuberculeuses siègent de préférence en arrière, tandis que les fistules syphilitiques siègent de préférence en avant du testicule.*

CONCLUSIONS

Nous pouvons conclure, comme nous avons commencé, en disant que *tous les médecins peuvent facilement, sans être spécialistes, dépister et reconnaître de bonne heure les soldats atteints de tuberculoses externes*, à une période où ils sont facilement curables, et cela grâce aux symptômes que nous avons étudiés. Mais à la condition qu'ils pensent à les rechercher et qu'ils les recherchent avec soin.

Ils pourront alors les envoyer au plus vite dans les services spéciaux où on saura les soigner et les remettre sur pied.

Ils auront ainsi, en évitant des erreurs désastreuses pour les malades et toujours humiliantes pour eux-mêmes, rendu le plus grand service à ces hommes, aux contingents, à la vie économique du pays et à l'avenir de la race.

VU POUR LE DOYEN :

l'Assesseur

Signé : S. PCUCHET.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

ALBERT ROBIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Pour le V. Recteur en congé,
L'Inspecteur chargé de l'administration
de l'Académie,*

Signé : ILLISIBLE.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	13
INTRODUCTION	15
CHAPITRE PREMIER. — Mal de Pott	19
CHAPITRE II. — Coxalgie	45
CHAPITRE III. — Tumeurs blanches	59
CHAPITRE IV. — Autres tuberculoses osseuses	73
CHAPITRE V. — Adénites	81
CHAPITRE VI. — Orchi-épididymite	87
CONCLUSION	91

